

親ひとり親家庭等医療費受給者変更(消滅)届

受給者証記号番号				
変更の場 合	新氏名 (旧氏名)	()		
	新住所 (旧住所)	()		
	支給要件	世帯構成変更 有・無 () (続柄:) と (同居・別居) となる ※ 住所移動にともなって支給要件を欠くことにならないか(同居人の有無等)、扶養義務者と同居・別居となった場合は、所得適否に影響ないか確認		
	勤務内容	職業		
		勤務先		
		勤務先所在地		
	加入医療保険	保険の種類		
		世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	申請者との続柄	
		記号番号		
		保険者		
保険者所在地				
保険給付の有無				
その他の事項				
変更年月日	令和 年 月 日			
消滅の場 合	理由	1 他市(町村)に転出 転出先住所() 連絡先()		
		2 生活保護受給		
		3 死亡		
		4 ひとり親家庭等でなくなった 具体理由()		
		5 その他()		
消滅年月日	令和 年 月 日			
上記のとおり、ひとり親家庭等医療費支給事業の		申請事項が変更 受給資格が消滅	したので届出します。	
令和 年 月 日		住所		
坂戸市長 あて		氏名	印	

※記名押印に代えて、署名することができます。

市処理欄	<input type="checkbox"/> 受給者証回収済(一部・全部)	<input type="checkbox"/> 有効期間修正済(年 月 日までに修正)
	<input type="checkbox"/> 返信用封筒渡し済	<input type="checkbox"/> こども医療費受給資格証交付済